Comisión de Salud Pública y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica Nº 294 de 2005

ASOCIACIONES DE FARMACIAS DEL INTERIOR Y DE MONTEVIDEO

Sistema Nacional Integrado de Salud

ver exposición

PLENARIO DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Integración al presupuesto del MSP, de los funcionarios de las Comisiones de Apoyo

ver exposición

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 4 de octubre de 2005

(Sin corregir)

PRESIDEN: Señores Representantes Miguel Asqueta Sóñora y Luis José Gallo Imperiale.

MIEMBROS: Señores Representantes José Quintín Olano Llano y Álvaro Vega Llanes.

DELEGADOS DE SECTOR: Señores Representantes Alberto Casas y Carlos Maseda.

ASISTE: Señor Representante Washington Abdala.

INVITADOS: Por las Asociaciones de Farmacias del Interior y de Montevideo: señores Lázaro Cabral, José María Da Silveira, Eduardo Strongitharm; contador Isaac Espinosa; químico farmacéutico Milton Lofredo; y doctores Osvaldo Cestau y Pablo Durán.

Por el Plenario de Sociedades Científicas: doctoras Alicia De Armas, Graciela Fernández, Adriana Boccarato, Estrella Echevarría, Silvia Muñoz y María José Cancela; y doctores Homero Lembo, Fernando Furest, Eduardo Camejo; Martín Odriozola, Adolfo Morales; y Hugo Fernández, Asesor.

SEÑOR PRESIDENTE (Gallo Imperiale).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública recibe con mucho gusto a una delegación de la Asociación de Farmacias del Interior y de la Asociación de Farmacias de Montevideo, integrada por los señores Lázaro Cabral, José Da Silveira, Julio Gadea y Eduardo Strongitharm, el doctor Osvaldo Cestau, el contador Isaac Espinosa, el químico farmacéutico Milton Lofredo y el doctor Pablo Durán.

A través de una nota enviada el 9 de setiembre, nos solicitaban ser recibidos para hacer un planteamiento relativo a dos artículos del proyecto de Presupuesto, correspondientes al Inciso "Ministerio de Salud Pública", que intentan poner en marcha el Sistema Nacional Integrado de Salud. A tales efectos, les cedemos la palabra.

SEÑOR STRONGITHARM.- Antes que nada, gracias por habernos recibido.

Soy el Presidente de la Asociación de Farmacias del Interior y me acompaña el nuevo Presidente de la Asociación de Farmacias de Montevideo, porque este es un gremio que siempre ha estado unido, y esta es una demostración de ello. Nos acompañan el señor Lázaro Cabral, que es mi secretario; el señor Julio Gadea, Secretario del Centro de Farmacias de Montevideo; el doctor Pablo Durán, asesor legal del Centro de Farmacias de Montevideo; el señor José María Da Silveira, un integrante de la Comisión Directiva que es quien hará la exposición; el doctor Osvaldo Cestau, Gerente y asesor legal de la Asociación de Farmacias del Interior, y el contador Isaac Espinosa, que es el Tesorero de la Asociación de Farmacias de Montevideo.

SEÑOR DA SILVEIRA.- Voy a dar lectura a una exposición que preparamos.

(Se lee:)

Sr. Presidente de la Comisión de Salud.

Dr. Miguel Asqueta, Srs. Legisladores Integrantes del Cuerpo.

La Asociación de Farmacias del Interior agradece a esta comisión la posibilidad de ser recibidos para esta exposición.

Nos hemos tomado la libertad de concurrir acompañados del Sr. Presidente Del Centro De Farmacias de Montevideo Q.F. Milton Loffredo y del secretario de esta agremiación hermana Sr. Julio César Gadea.

Breve reseña histórica

La farmacia comunitaria es una Institución que nació conjuntamente con la historia europea de estas bandas, con la llegada del primer boticario español. Desde ese entonces ha desarrollado, como actividad privada, esta función sanitaria de interés público incluida entre los fines primarios del Estado, cumpliendo en forma por demás eficiente con su rol esencial de, fabricante en un comienzo, y dispensadora siempre de los medicamentos prescriptos por los galenos.

En todo el País existen aproximadamente 1300 farmacias distribuidas a través de todo el territorio nacional constituyendo una insustituible red sanitaria de la cual el Estado debería haberse servido siempre en materia de prestación de Servicios de Salud.

Por la responsabilidad que asumimos al adoptar los deberes inherentes a este noble oficio de dispensar los medicamentos que la ciudadanía requiere y con la honda preocupación de ser auténticos actores de los diseños de Políticas de Salud, fue que las gremiales farmacéuticas iniciamos, en el correr del año 2004, una ronda de conversaciones, que incluyó a todos los partidos políticos, con la expresa finalidad de conocer el rol que estos nos asignaban en los futuros Sistemas de Salud que se estaban diseñando. A todos y a cada uno expusimos nuestra visión, nuestras fortalezas y nuestras potencialidades en procura de que las mismas fuesen de utilidad a los sistemas que se proyectaban; en tanto, reclamábamos retomar nuestro rol de únicos dispensadores de los medicamentos, posición que sustentábamos en los principios universales en la materia.

Dirimida la contienda electoral, designada la autoridad ministerial y antes que finalizase el año 2004 presentábamos a la Dra. María Julia Muñoz esta posición y la argumentación técnica, económica y política en

la que la sustentamos. En la oportunidad, la Sra. Ministra nos manifestó que se nos convocaría a participar en el diseño e implementación del Sistema Integrado de Salud.

Luego de 9 meses de arduo trabajo y de muchas desilusiones, estamos hoy aquí frente a ustedes con la convicción de que, de no rectificarse el camino emprendido, la Farmacia Comunitaria avizora su desaparición para los próximos años.

El decreto Nº 004/05 del 11 de abril del año 2005, creó el Consejo Consultivo para la Implementación del Sistema Integrado de Salud, integrándolo con los más diversos actores del área y excluyendo, por voluntad u omisión, a la farmacia comunitaria, a la profesión química, al Orden Académico respectivo y a la Industria Farmacéutica.

Si bien es cierto que, a posteriori, fuimos convocados a una llamada mesa del medicamento, este organismo inexiste oficialmente ya que no cuenta siquiera con una resolución ministerial que lo cree. Consignamos que en dicha mesa oficiaban como representante del MSP, y de la propia ministra, la Dra. María del Carmen Tasende, Directora de medicamentos del CASMU y sin vínculo funcional con el Ministerio. Destacamos que el Director General de Salud Jorge Basso concurrió a varias de estas reuniones. El relato de lo sucedido en las vastas reuniones acontecidas dentro del Ministerio y fuera de el, ameritaría una sesión completa de la cámara y por tanto obviaremos el mismo, pero dejamos constancia que dicha mesa no se reúne desde el día 2 de agosto y por motivos que desconocemos, aunque sin duda los sospechamos. En el marco de dicha mesa, y en las sucesivas reuniones, los actores formularon una serie de interrogantes a los representantes del ejecutivo, dichas cuestiones eran sobre criterios técnicos, razones económicas, principios generales adoptados, y en general fundamentación sobre las resoluciones del ejecutivo, además de solicitar se expresase cual era el rumbo y la visión del ejecutivo para los temas propuestos; estas cuestiones permanecen sin evacuar hasta hoy.

Concomitantemente al funcionamiento de esta mesa fuimos recibidos por el Dr. Jorge Basso y en 2 oportunidades por el Economista Daniel Olesker. Tampoco ellos evacuaron estas interrogantes, ni siquiera la inquietud básica de esta gremial, ¿Cuál será el rol especifico de la farmacia comunitaria en el nuevo sistema?.

En la audiencia concedida en agosto de este año por el Subsecretario Dr. Miguel Fernández Galeano, se nos informó que la posición del equipo de gobierno del ministerio era de dispensar por farmacia comunitaria, palabras que se sumaban a la respuesta a una pregunta trasladada a la Sra. Ministra en ocasión de su disertación en los almuerzos de ADM cuando expresó "... cumplirá un rol fundamental en el nuevo sistema..." En esta misma entrevista el sub-secretario nos solicitó el apoyo de las farmacias del Interior para dispensarle el medicamento a Salud Pública, pero nos informó que debíamos hacerlo en forma totalmente gratuita; propuesta que ya había realizado la Sra. Ministra al Centro de Farmacias de Montevideo.

Desde allí y hasta aquí nada, ni noticia.

Es así que hoy, y como expresión del pensamiento de las autoridades del MSP, nos encontramos ante el proyecto de ley de ejecución presupuestal remitido por el poder ejecutivo, y del correspondiente borrador elaborado por la propia cartera ministerial. Dichos documentos han provocado ansiedad y desconfianza en las farmacias, que una vez más interpretan la omisión del agente dispensador, y la obligatoriedad de ser prestador integral para ser participe del seguro, como una sentencia de desaparición de la farmacia comunitaria.

Pero serán los señores legisladores los que deberán decidirlo, y es por eso que estamos hoy aquí, en defensa de los 6.000 puestos de trabajo, de los más de 1000 pequeños propietarios de farmacias, de la sacrificada labor que todos nosotros hemos realizado, durante los 365 días del año, durante las 24 hrs, desde el nacimiento de la patria y hasta hoy.

Por estas razones y por la más importante de todas, la salud de los uruguayos, es que nos vemos impelidos a presentar ante esta Comisión la fundamentación técnica y política de nuestro irrenunciable reclamo de ser los únicos dispensadores de la medicación ambulatoria de este país.

Fundamentos

Es un hecho aceptado universalmente la separación entre la profesión médica y la farmacéutica.

Esta regla fue formulada, en el mundo cristiano, entre los años 1123 y 1258.

Se toma como "Carta Magna" de la farmacia, el edicto promulgado por Federico II, edicto que consagró tres principios fundamentales:

- La separación entre la Medicina y la Farmacia, fundamentada en la ética profesional.

- La supervisión oficial del ejercicio profesional

- La obligación de preparar los medicamentos con normas uniformes.

Además de estas tres reglas de oro se establecieron otras dos:

- Limitación del número de farmacias.

- Fijación gubernamental del precio del medicamento.

Aunque cabe consignar que su práctica no se ha consagrado universalmente:

Estas normas jurídicas de hace 8 siglos son fuente de todo el derecho occidental en la materia y se han mantenido inmutables a través de todo este tiempo dado el excelente resultado que han dado la medicina y a la sociedad.

Es así que en este orden, y en el desarrollo de la profesión farmacéutica, la Organización Mundial de la Salud, en la reunión de TOKIO del año 1993 elaboró un informe sobre "el papel del farmacéutico en el sistema de atención de Salud".

En dicho informe se examinan las responsabilidades del farmacéutico en relación con las necesidades del paciente y la comunidad, definiéndose así, el concepto de Atención Farmacéutica, concepto que la OMS, afirma aplicable a todos los países mas allá de los sistemas de prestación y de la situación socio-económica.

Esta cartilla establece, entre otros, y como acciones que configuran la aplicación de la atención farmacéutica, las siguientes:

a) Preparar y suministrar los medicamentos.

b) Establecer las metas del tratamiento conjuntamente con el prescriptor, el paciente, o ambos.

c) Participar de la política farmacéutica, incluida la reglamentación farmacéutica de los medicamentos.

d) Diseñar y supervisar los sistemas de adquisición y distribución de medicamentos, incluidos el almacenamiento y la dispensación.

En concordancia con este documento, la Federación Internacional Farmacéutica redactó, en el mismo lugar y fecha, la Declaración de Tokio, que establece las normas de calidad de servicios farmacéuticos, conocidas como Buenas Prácticas de Farmacias. Lo extenso de estos documentos y lo la paciencia de los legisladores nos obliga a anexarlos a esta declaración sin extendernos en su contenido.

Los fundamentos políticos-académicos de nuestra posición se encuentran claramente establecidos en el documento signado por la Facultad de Química de la Universidad de la República y la Asociación de Química y Farmacia del Uruguay, titulado Bases Conceptuales de la Reformulación del Sistema de Distribución y Dispensación del Medicamento, que fuera entregado al Dr. Jorge Basso, en la última reunión de la Mesa del Medicamento. Desearíamos que dicho documento se anexase "in totum" como parte de esta exposición y hacemos entrega de las copias respectivas.

La fundamentación político-gremial se encuentra establecida por varios documentos que también anexamos en su totalidad y que aquí enumeramos:

1) la nota de fecha 4 de agosto del 2005, dirigida al Dr. Jorge Basso, a cuyo pie lucen las firmas del Presidente de la Asociación de Laboratorios Nacionales, Q.F. Enrique Birenbaum, Del Director Ejecutivo de

la Cámara de Especialidades Farmacéuticas y Afines, Dr. Daniel Garat del director de Droguería Uruguay S.A. Sr. José Etcheverry, del director de Droguería Eduardo Chiappe S.A., Sr. Diego Chiappe, del director de Droguería Británica Sr. Oscar Olalde, del director de Droguería del Norte Sr. Hugo Denicola, del director de Droguería Paycán Sr. Jorge Sardi y de los Sres. Eric Bomio y Edward Strongitharm presidentes de las gremiales farmacéuticas.

2) El documento suscripto por la Comisión directiva del Centro de Farmacias del Uruguay de fecha 17 de mayo del 2005.

3) EL documento denominado "Memo, la Farmacia Uruguaya" elaborada por la Asociación de Farmacias del Interior.

4) El documento sin denominar redactado también por AFI, ampliatorio y complementario de los precedentes.

5) El documento posición de CEFA, fechado en julio del año 2005, del cual destacamos la página 14 y siguientes, que bajo el título, distribución y dispensación, "a partir de allí creemos que la farmacia comunitaria debe ser el eje central en la dispensación de medicamentos. Sus estratégicas ubicaciones, su integración con la comunidad donde su local está ubicado, su vocación de servicio, sus horarios extendidos y su sistema de guardias han permitido a los uruguayos tener una farmacia muy cerca de nuestros hogares, cubriéndose las 24 hrs. durante los 365 días del año, quedando garantizada la dispensación al paciente necesitado, cumpliendo el farmacéutico una función fundamental en cualquier sistema de salud como es asegurarse que la persona reciba exclusivamente el medicamento indicado."

Como fundamentación político-partidaria del actual gobierno, presentamos:

1) el documento denominado "Gobierno Progresista hacia la construcción de una Política de Estado en Salud", elaborado por el Centro Artiguista por los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Cadesyc).

Este documento define en su totalidad un sistema nacional integrado de salud, una política nacional de medicamentos y el camino a recorrer hacia su implementación y en su página 29 en su numeral i expresa "Eliminar el despacho de medicamentos para pacientes ambulatorios dentro de las instituciones de salud y trasladarlo a las farmacias comunitarias, tomándolas como centros neurálgicos de la distribución del medicamento. Para ello deberá haber una evolución de las mismas hacia un verdadero servicio de salud en contraste con los comercios actuales. Esta medida permitirá realizar un control eficiente de cómo se medica y cuánto se medica, abaratando los gastos totales de medicamento y los costos al usuario".

2) Documento elaborado por el Grupo de Política de Medicamentos perteneciente al Grupo de Salud del CADESYC,

el cual en su pagina 12 reza "La existencia de la farmacia institucional para medicación ambulatoria en mutualistas, cooperativas médicas, seguros privados, e incluso en el sector público, quizás deba reconsiderarse. La farmacia comunitaria es en definitiva el lugar natural de la dispensación del medicamento…..."

La fundamentación económica la han establecidos los documentos antes mencionados, así como el informe titulado "Los uruguayo pagamos más pero el sistema mutual está en emergencia". (Daniel Olesker, FUS, INSTITUTO CUESTA DUARTE, PIT-CNT), cuyo análisis dejamos por cuenta de los señores legisladores.

Un breve capítulo aparte merece la comercialización del medicamento en Uruguay.

El precio promedio del medicamento en Uruguay es el más bajo de la región, en tanto el precio de costo para la farmacia comunitaria es el más alto o de los más altos; esto se debe a una perversa política de precios a la que se ha conducido a la industria desde las entidades mutuales y en los últimos años desde el propio Estado.

Si consideramos por ejemplo los precios promedios pagos en el año 1999 y 2004 por los tres canales (mutualismo, gobierno y farmacia) se justifica plenamente lo aseverado precedentemente.

MUTUALISMO		

	Precio Promedio ALN	CEFA	Precio Promedio Total
Año			
1999	33,38	124,34	57,23
2000	42,63	209,58	63,72

	GOBIERNO		
	Precio Promedio ALN	CEFA	Precio Promedio Total
Año			
1999	33,73	144,18	50,6
2000	26,73	345,83	37,2

FARMACIAS			
	Precio Promedio ALN	CEFA	Precio Promedio Total
Año			
1999	51,12	80,6	61,15
2000	59,97	137,98	76,12

De la misma forma, el porcentaje de participación en el mercado de la farmacia entre los años 1999 y 2004 cae de un 40% para un 32% en unidades, en tanto se mantiene estable en pesos. El comportamiento del canal mutual en el mismo período, cae de un 38% para un 36% en unidades y aumenta un punto la participación en pesos. El estado por su parte aumenta su participación de un 22% a un 32% en unidades, en tanto la participación en pesos se mantiene aún más estable que los otros canales.

Pero todos estos número incluyen a los medicamentos hospitalarios de alto costo y baja prevalencia, razón por la cual la distorsión es aún mucho más severa cuando se consideran exclusivamente los medicamentos de uso ambulatorio.

En estos últimos 5 años y a través de la UCAMAE, la salud Pública aumentó en más de un 70% la dispensación de los ciudadanos de este país con aumento del gasto en pesos de tan solo del 25%. Por otra parte el mutualismo mantuvo el número de unidades dispensadas, con una suba promedio del gasto del 27% al mismo tiempo que perdía más de 140.000 socios o cotizantes. Las farmacias por su parte aumentaban su gasto en un 20% para una pérdida del 4% en unidades.

En su totalidad el país aumentó sus gastos en pesos en un 24% y aumentó su consumo en unidades en un 20%.

Para un país en crisis este número de aumento de unidades consumidas no condice con el uso racional del mismo; es meridianamente claro que, devaluación del 2002 mediante, el costo a pesos constantes o en dólares cayó sensiblemente.

La pregunta es entonces ¿Donde se produjo este aumento irresponsable del consumo irracional de medicamentos?

Es evidente, que el sistema mutual y la propia salud estatal son los responsables de este aumento, y los números presentados no admiten otra explicación.

En tanto esto sucedía, aumentaban en forma indiscriminada, la venta de medicamentos en ferias vecinales, kioscos, supermercados, cantinas militares, y un sin número de otros agentes ilegales de dispensación, que florecían, como hongos después de la lluvia, por todo el territorio nacional. Era la prensa, televisiva, radial y escrita, la que se encargaba de denunciar permanentemente esta violación legal.

Pero se nos ha acabado el tiempo y no queremos abusar del vuestro, podríamos hablar durante días sobre los beneficios que la farmacia podría brindar para el control de la prescripción y el uso racional del medicamento, o podríamos ocuparnos durante tantísimo tiempo sobre las inequidades del actual sistema de precios.

Pero estamos aquí para por un podemos y un debemos. Porque podemos y debemos ser los únicos dispensadores del medicamento para que el uso racional del medicamento sea realidad y el gasto del país por este concepto baje sin perjudicar más la calidad ni la prestación.

La nación ni puede ni debe prescindir de aquellos que durante más de 250 años le han prestado la inestimable contribución de dispensar medicamentos con ética responsabilidad e idoneidad.

Los farmacéuticos no le reclamamos a la nación otra cosa que no sea que se nos permitan ejercer nuestra función como siempre lo hemos hecho, desde nuestros mostradores y en silencio.

Muchas Gracias.

(Ocupa la Presidencia el señor Representante Asqueta Sóñora)

SEÑOR LOFREDO.- Resumiendo: detrás de la farmacia comunitaria hay un profesional universitario preparado profesionalmente para la dispensación y la preparación de medicamentos, inclusive para controlar la dispensación y los errores que podrían pasar y que pueden ser evitados. La farmacia también contribuye con una política de prevención social, por ejemplo, en cuanto a vacunaciones. La semana pasada intervinimos en la Semana del Corazón y se hicieron varias campañas en ese sentido. Quiere decir que es importantísimo tener en cuenta nuestra actividad y sobre todo que hay 1.200 puntos en todo el país.

Otra cosa muy importante, que está por encima de todos los argumentos, es lo que dicen la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Vamos a dejar algunos ejemplares de una publicación que recoge lo que opina sobre este tema el organismo máximo de salud en el mundo.

SEÑOR OLANO LLANO.- La preocupación de ustedes -que conozco, porque como casi todo el mundo, tengo un amigo farmacéutico- se relaciona con cuál será el rol de la farmacia en el nuevo sistema. ¿Ya saben que las farmacias quedan afuera o están teniendo una actitud preventiva?

SEÑOR DA SILVEIRA.- Nadie nos ha informado que vamos a quedar afuera. Simplemente, los artículos 231 y 232 del proyecto de ley de Presupuesto -si la memoria no me falla- definen el Sistema Integrado de Salud y el Seguro Nacional de Salud. Definen este seguro como financiador del sistema y establecen que solo podrán ser partícipes de este seguro aquellos que sean prestadores integrales del sistema. Las farmacias no son prestadoras integrales; por tanto, no participarán del seguro ni del agente financiero.

La relación que se pueda producir en un país donde haya subvención de precios hacia el Estado y hacia el mutualismo en los medicamentos, la relación de negociación que pueda surgir a posteriori entre las farmacias y las mutualistas, o sea, entre un sistema mutual de enorme peso, respaldado con una enorme cantidad de dinero de un seguro y con una central de compras, y la farmacia como agente dispensador, nos parece que es asimilable a la pelea bíblica entre David y Goliat.

No encontramos la forma de continuar existiendo, al menos de manera digna, sin convertirnos en un espacio con sueldos de miseria, trabajando para sustentar otra parte. No encontramos nuestra inserción en un

esquema de ese tipo.

SEÑOR OLANO LLANO.- En la Biblia ganó David.

SEÑOR DA SILVEIRA.- Sí; en la Biblia ganó David. Nosotros no estaríamos acá si no esperásemos que los legisladores entendieran nuestra preocupación.

Hemos recibido algunas informaciones, no del Poder Ejecutivo sino de algunos participantes en ciertos lugares, quienes nos han dicho que ven el sistema de esa forma. Algunos consideran que la farmacia tendrá que fortalecerse y negociar con el mutualismo, que tendrá que ser más barata que el mutualismo para dispensar, etcétera. O sea, se ve la acción meramente dispensatoria. La farmacia, en realidad, es una institución que compra y vende, que funciona no solo dispensando medicamentos, sino dando un asesoramiento permanente. Somos uruguayos; todos sabemos lo que sucede en el mostrador de una farmacia. Todos hemos entrado algún día, hemos preguntado, hemos conversado. A veces, hemos sido atendidos con más idoneidad, otras veces con menos, como en todas las profesiones y en todas las actividades, pero siempre con el convencimiento de estas gremiales de que el proceso pasa por profesionalizar cada vez más a la farmacia, por llevarla cada vez más adelante, por transformarla en un verdadero centro de salud, como sucede en otros países del mundo. Creemos que ese es el camino que hace mejor no solo a la farmacia, sino a la salud del país.

SEÑOR VEGA LLANES.- En el proyecto de ley de Presupuesto se hace una mera enunciación de un par de cosas, y el contenido se le dará después en una ley. O sea, no me parece que el Presupuesto establezca ningún camino, más allá de generar dos hechos que después se van a desarrollar en una ley que los defina. Por ahora, se trata de dos artículos que, así como están, son inaplicables.

¿Ustedes tienen un planteo sobre cómo puede participar la farmacia en el Sistema Integrado de Salud? Eso es lo importante.

SEÑOR DA SILVEIRA.- Creímos que con el relato había quedado suficientemente clara la forma en que habíamos intentado inserir en el sistema.

SEÑOR VEGA LLANES.- ¿Ustedes tienen diseñada una manera de participar?

SEÑOR DA SILVEIRA.- Sería bastante petulante que desde una gremial intentásemos diseñar una política de medicamentos para el Estado. Consideramos que somos actores, que debemos colaborar y aportar lo nuestro, pero no es nuestra tarea diseñar una política "in tótum"; ello sería una petulancia exagerada de las farmacias. Hemos intentado colaborar -lo decimos en el relato-, mostrando las virtudes de la farmacia.

¿Por qué decimos que el Presupuesto nos cierra el camino? Porque nos cierra el paso con respecto al agente financiero. Si veíamos como posibilidad ser los dispensadores de medicamentos y cobrar del agente financiero, el Presupuesto nos cierra esa puerta y nos deja solo cobrando del sistema mutual. Quienes tenemos alguna experiencia en esto y hemos trabajado con el sistema mutual, estamos como el canario que, como se había quemado con leche, veía la vaca y lloraba.

En algunas conversaciones que mantuvimos hemos dicho que si esto se regulara por ley y se manejara correctamente, no tendríamos ningún problema. Pero, hasta ahora, lo único que Salud Pública nos ha pedido es que le dispensemos gratuitamente. La visión que hemos encontrado en el Poder Ejecutivo es la de que las farmacias son empresas de altísima rentabilidad, llenas de dinero, que van a sobrevivir vendiendo cosméticos y que deberían dispensar los medicamentos sin lucro. Esa es la sensación que hemos percibido hasta hoy.

Podemos dispensar los medicamentos de una manera similar a como funciona el Fondo Nacional de Recursos, que tiene una tabla de precios de sus servicios. Una de las posibilidades podría ser que las farmacias trabajaran comercialmente en forma libre, teniendo una tabla de precios que paga el seguro. La actitud comercial o no es propia del comercio; la capacidad de ser más o menos eficiente, de ofrecer determinada droga de un laboratorio o de otro -pero todos avalados por el Ministerio- dependería de la

capacidad de comerciar de cada farmacia y de lo que requiriera el usuario que retira medicación. Un usuario podría encontrar que determinado farmacéutico no le da la marca que prefiere y, por lo tanto, va a retirar su medicamento con el mismo seguro a otra farmacia, y este le ofrecerá la medicación que tuvo la capacidad de conseguir o la que puede dispensar de acuerdo con la tabla de precios.

Hay muchos y muy variados sistemas en el mundo. Nosotros encontramos que en casi todos está presente la farmacia, y aquí nos sentimos fuera del sistema. Muchos de ustedes nos conocen por haber tenido reuniones en el pasado y saben que vinimos con un nivel de conversación muchísimo más calmado, más cauto, pero nos encontramos en una situación bastante difícil. Después del 2 de agosto, la Mesa del Medicamento no volvió a reunirse; no existe más una Mesa de Medicamentos. Además, no estaba representada en el Consejo Consultivo como un todo; ni siquiera tenía un representante. No hemos podido discutir con el mutualismo, con los médicos, con las gremiales médicas cómo podemos ayudar, cómo podemos relacionarnos, porque no se nos lo ha permitido. Las mutualistas han pedido sentarse a conversar en el ámbito de la Mesa del Medicamento, pero tampoco se las ha dejado. Queremos dejar claro todo esto. En realidad, estamos excluidos de esta conversación; eso es lo que pensamos.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Como el señor Da Silveira decía, la Asociación de Farmacias ha venido a la Comisión innumerables veces para hacer planteamientos, pero de alguna manera este último es mas vehemente, más agresivo. Entiendo que eso es lógico porque nunca como ahora hemos estado en un proceso de cambio en materia de salud. Y cuando hay procesos de cambio como el que se produce en este caso, que apunta específicamente a un sistema integrado de salud y a un nuevo financiamiento, de alguna manera hay que tratar de coordinar los intereses de todos los actores para que el producto final sea el mejor. Entonces, es lógico que en un momento en el que todavía no hay definiciones claras ustedes estén preocupados por cuál será su lugar en ese sistema. De manera que comparto la vehemencia y la preocupación planteadas.

En cuanto a si hay aspectos definidos o no, puedo decirles que sí se han tomado decisiones en materia de medicamentos. Hay cuatro o cinco líneas por las cuales deberá transitar la nueva política de medicamentos; hay líneas de análisis. Esa es la estrategia que desde el Gobierno hemos tratado de implementar en esta nueva etapa de cambios y transformaciones. Es cierto que en el proyecto de Presupuesto hay dos artículos que, a mi entender, establecen los lineamientos generales en cuanto a las características en materia de sistema nacional integrado de salud y de financiamiento. Pero también decimos que este es el punto de partida de un proceso en construcción. No se trata de políticas ya decididas que se implementarán en un corto período; no es así. Este es un proceso gradual de construcción del que aspiramos sigan participando todos los actores -también en el Parlamento a través de los actores políticos- a fin de construir entre todos. No queremos que esta sea una política de salud del Gobierno, sino que se transforme en una política de Estado a largo plazo, de manera que aunque cambien los Gobiernos sepamos hacia dónde apunta.

Entonces, este es un proceso largo que recién empieza. Hay grandes definiciones en materia de diseño de este sistema nacional de salud integrado, pero hay otras en las que no hemos podido avanzar por esta vía, y lo haremos a través de leyes complementarias. Eso es lo que sucede con la política de medicamentos, que apunta a cuatro o cinco objetivos que queremos discutir. Pretendemos una política de medicamentos que tienda a la racionalización, por lo que creemos absolutamente necesaria la oficialización del vademécum, es decir que desde el punto de vista de la utilización de los medicamentos haya una gama de productos conocidos, dentro de determinados parámetros, en los cuales tenemos que movernos.

También entendemos necesaria una política de medicamentos genéricos que apunte a que el medicamento, genérico o no, sea de calidad, que se realice un control de calidad de los medicamentos, intentando que todos los usuarios puedan acceder a ese medicamento y a un menor costo, es decir, que se logre un menor costo con mayor calidad. Además, pensamos incentivar o favorecer la producción nacional de medicamentos. Esos son los parámetros; hay líneas definidas que debemos seguir analizando.

Tenemos que ver cómo se insertan los actores vinculados al medicamento en esta nueva política de salud. ¡Y vaya si ustedes son actores involucrados! ¡Vaya si 1.300 unidades dispensadoras de medicamentos en todo el país son actores vinculados a todo esto! Entonces, a pesar de las dificultades que ustedes dicen han tenido para insertarse en esta mesa consultiva en la que nosotros entendemos necesaria la participación de todos los actores -lo más probable es que en algunas áreas haya habido dificultades; como ustedes dicen, no han

podido integrarse porque la Mesa de Medicamentos no se reúne desde hace más de un mes-, pensamos que este tiene que ser el escenario donde se discuta este tipo de cuestiones.

Traté de seguir con mucha atención la lectura de ese documento, largo pero muy profundo, que se realizó en forma rápida, pero que contiene los fundamentos por los cuales se entiende que tienen que insertarse en ello.

En esta instancia, nosotros en la Comisión tenemos la responsabilidad de escucharlos. Cada uno de nosotros hará su propia valoración y la Comisión contará con elementos que deberá volcar en oportunidad del diseño de esta política de salud. Esa es la responsabilidad que tenemos: volcar toda la información que nos han dado y todos los documentos como insumos, en el momento en que podamos dar opinión con respecto a este tema.

Personalmente, agradezco su presencia y la información proporcionada. Esta no es la primera vez que nos encontramos, aunque esta circunstancia es diferente, porque estamos en un momento de cambios y los cambios hacen crujir. En este momento de cambios, de crujimiento, lo más importante es no perder de vista que las soluciones llegan siempre cuando nos escuchamos entre todos. Cada uno de nosotros podrá tener una u otra opinión, pero lo importante es mantener este contacto que siempre hemos tenido con ustedes. Espero, como dicen en mi pueblo, que todo sea para bien.

SEÑOR PRESIDENTE.- Como reflexión final quiero decir que el tema que se ha puesto sobre la mesa es trascendente. Ya lo habíamos hablado antes con algunos integrantes de la Asociación de Farmacias; es un asunto que nos tiene muy preocupados. Entendemos que es uno de los tantos cuellos de botella que tiene la salud en nuestro país. Los que somos del interior -no tenemos la experiencia de ejercer como médico en Montevideo- sabemos del importantísimo rol que cumple la farmacia, también desde el punto de vista social cuando se da ese cuello de botella al que me refería. Tenemos un sistema de salud, tal vez perverso, en el que el paciente, que es el fin último de los desvelos de ustedes y de los nuestros -me refiero a quienes trabajamos como profesionales de la salud-, el usuario, está preso del drama social.

La gente cree que los actos médicos terminan con el medicamento y que los actos de los farmacéuticos terminan en la entrega del medicamento. Nada más erróneo. La salud conlleva una aceitada planificación de las políticas nacionales en cuanto a medicamentos, a los diversos actores, al rol de los químicofarmacéuticos en las farmacias y al de los buenos y malos médicos, porque están aquellos que venden sus recetas y todo lo relativo a la política psicofármaca; en fin, podríamos hablar de muchas cosas que no harían a la cuestión.

Tomo como propias las últimas palabras del señor Diputado Gallo Imperiale, en cuanto a que todos los actores tienen que estar sentados en la misma mesa cuando se diseñe la verdadera política de Estado en materia de salud. Tengo que ser muy honesto: hubiera querido -estoy hablando en forma personal- que ya se estuviera discutiendo este tema más a fondo. Será objeto de leyes; en esa oportunidad lo discutiremos porque creemos que el rol de la farmacia es muy importante. Creo que esto es más notorio en el interior, porque cuando el paciente no encuentra el medicamento en su centro de salud pública o no puede pagar el tique en el centro privado, muchas veces recurre a la farmacia para que le solucionen el problema. Sabemos que ustedes son profundamente conocedores de esa realidad social, que entre todos tenemos que discutir. Hay países que integraron estos servicios dentro de los roles fundamentales, entre otras cosas, también para controlarlos firmemente, para que no se den desviaciones que a veces las malas condiciones de la sociedad producen; por ejemplo, las farmacias reciben consultas de los usuarios, a los que a veces se les vende dos comprimidos de un blister porque no puede pagar más. Estas cosas pasan; todos lo sabemos. Los médicos hacemos cosas que están mal; las farmacias hacen cosas que están mal. Lo bueno será que en el futuro sistema nacional de salud y en la política de Estado en materia de salud, estemos controlados entre todos para que la eficiencia sea mayor.

Agradecemos todos los elementos que nos han dejado; la versión taquigráfica será de suma utilidad. Esta Comisión los convocará si lo estima pertinente y está presta a recibirlos cuando ustedes lo soliciten.

SEÑOR LOFREDO.- Quiero hacer una última pregunta. ¿Puede el sistema nacional de salud desechar 1.200 puntos distribuidos en todo el país para la dispensación de medicamentos, que no le cuestan nada y que ya están funcionando? ¿Puede?

SEÑOR OLANO LLANO.- Normalmente escuchamos a las delegaciones y después discutimos los temas entre nosotros. Pero como el señor Diputado Gallo Imperiale se ha permitido dar la visión del Gobierno -naturalmente intentando aclarar-, yo no voy a dar la visión de la oposición porque no la conduzco, pero sí mi posición personal. Con todo el respeto que tengo por el señor Diputado Gallo Imperiale -él sabe que es así- tengo que decir que comparto algunos de los puntos que mencionó y otros no. Por supuesto, todos queremos que los medicamentos sean de mayor calidad y lo más baratos posible; parece lo más lógico. Es cierto que los cambios generan que las estructuras crujan; todos sabemos que es así. Pero cuando el cambio se acompaña de un inmensísimo grado de incertidumbre, genera muchísima mayor resistencia. Y creo que el gran problema que tenemos acá es que no sabemos cuál es el cambio que se anuncia; yo no lo sé. Todos quienes hemos administrado alguna pequeña empresa que haya tenido que ver con la salud sabemos -desde la primera clase de administración- que la mejor manera de sofocar el rechazo al cambio es generando certidumbre y tratando de explicar a los actores qué cambio queremos y hacia dónde vamos.

Si a raíz de este cambio se hubiera dicho: "Nuestro proyecto es este; va a pasar esto con los enfermos, los médicos, los enfermeros, las farmacias y los medicamentos", fuera bueno o malo, cada cual sabría a qué atenerse en los próximos años. Sin embargo, cuando se dice que se va a cambiar pero que se va a ir viendo cómo se va dando la cosa, entonces se genera incertidumbre y este es el peor enemigo del cambio. Creo que ahí está el problema en este tema y en muchos otros.

Por otra parte, creo que los artículos que tienen que ver con esto -que inclusive están incluido en el Presupuesto- no cierran las puertas del tema; tal vez alimentan más la incertidumbre. Evidentemente, va a haber un proceso en el que, a posteriori, se va a definir qué es lo que va a pasar con las farmacias, porque intuyo que el Gobierno todavía no tiene laudado ese tema, al igual que otros que tienen que ver con la salud y que no son fáciles de encarar. Por lo tanto, todavía no me desesperaría totalmente.

No me cabe ninguna duda en cuanto a que la opinión del señor Diputado Gallo Imperiale es que ese proceso se va a nutrir de lo que opinemos todos; lo conozco y sé que él trabaja así. Pero que en nuestra Cámara de Diputados va a haber intercambio y discusión y que de allí saldrá lo mejor, no lo creo, porque lo que he visto hasta ahora es que aquí hay 52 legisladores que votan por lo que acuerdan entre ellos o lo que se decide en otro lugar, pero no he comprobado que el intercambio surta efecto. Cuando ha habido intercambio en la Cámara de Representantes ha sido porque allí se había votado de una manera y en el Senado se modificó y se dio la orden de que se cambiara.

Entonces, con el mayor de los respetos les digo que no quiero que se vayan de aquí con la idea de que la opinión de todos los integrantes de esta Comisión es que nos quedemos tranquilos porque esto se va a armar entre todos y está bien.

SEÑOR CABRAL.- Advertí que no se entendió claramente la fundamentación de nuestros miedos y si estuviéramos en campaña electoral diría que el señor legislador me robó el discurso, porque mi intención era aclarar el porqué de los miedos que tenemos. Ellos no están solo en la cúpula -a la que representamos- sino que también vienen por el cable conductor de la base. Como los signos y los síntomas son erráticos, los farmacéuticos están atemorizados. Venimos con temor debido a que en un período de cuarenta años debe haber habido muchos esbozos de proyectos de servicios integrados y sistemas nacionales de salud pero, en general, casi sin excepciones, en cuanto a la farmacia comunitaria no existía ni un renglón; siempre quedaba como un aspecto a resolver después y debemos reconocer los peligros que existen en el Uruguay con lo que se resuelve luego rápidamente. Hoy los signos resultan peligrosos porque estamos en una época en la que -tal vez erróneamente- pensábamos que el asunto se iba a resolver de otra forma, y de repente se sale con la famosa rebaja del tique mutual. Cuando nosotros decimos que en el interior el problema del tique mutual es grave, el Ministerio nos contesta que recién se da cuenta de eso y que no tenían claro su precio en el interior, lo que parece peligroso para una autoridad. En el interior hay tiques mutuales de $ 50, $ 60 u $ 80. Entonces, si se les saca el 20% la farmacia queda prácticamente sin nada. A su vez, ha habido otras insinuaciones que generan miedos porque, además, ya se resolvió que en enero ese tique va a bajar nuevamente.

Asimismo, en conversaciones con otras jerarquías del Ministerio -cuyos nombres no vienen al caso- se nos dijo claramente que causa asombro que no todas las farmacias tengan US$ 200 o US$ 300 para comprar una computadora -aunque sabemos que hay colegas que no tienen $ 1000 para pagar la caja profesional- y se nos

insinuó que llegado el caso -cito textualmente- los medicamentos se pueden dispensar en cualquier red que tenga computadoras, como por ejemplo Abitab.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Quiero dar una respuesta muy breve.

Creo que no hay que confundir escenario de incertidumbre con escenario de construcción. En este último se construye sobre algo que intentamos hacer entre todos. Por supuesto que entramos al escenario de construcción sin tener cosas decididas, porque de lo contrario no sería de construcción. Entonces, no se trata de incertidumbre sino de la lealtad de decir que hay aspectos que queremos hacer entre todos. Lo digo con total sinceridad y este no es un posicionamiento político sino personal, que trato de que sea tenido en cuenta en las decisiones políticas que pueda tomar nuestro sector.

SEÑOR VEGA LLANES.- No quiero polemizar sobre determinados temas porque no son el motivo de esta visita, pero un tema trae otro.

¿Cuál es el problema que hemos enfrentado siempre? Que aquí cada cinco años todo cambia y empezamos otra vez de cero. Entonces, ¿qué proyecto puede tener un país que cada cinco años empieza de cero? No puede tener un proyecto sino algo que no va a funcionar.

No aceptaría que el Gobierno presentara un acabado sistema nacional de salud sin discutirlo con todo el mundo. Tiene que traer un proyecto que luego se vaya llenando de contenido, en el cual podamos manejar las distintas opciones. Pero parece que nos están pidiendo que impongamos nuestras mayorías sin escuchar a nadie, y si lo hiciéramos estaríamos locos.

La salud no es partidaria; es más: atraviesa los partidos y eso lo he dicho en todos lados. Hay intereses a favor y en contra del sistema de salud en los cuatro partidos que tienen representación parlamentaria, en los que no la tienen y en la gente común. Hay gente a favor o en contra según su chacra, porque en este país se defienden las chacras; esa es la verdad.

No es intención de este Gobierno plantear un proyecto que esté totalmente definido y no debe serlo. Tenemos que lograr una amplia base de consenso para que dentro de cinco años esto progrese y no deba comenzarse otra vez si hay un cambio de Gobierno.

Entiendo la inquietud que ustedes tienen y que la gente esté preocupada porque no tiene muy claro el sistema. Pero lo que sucede es que en este país no estamos acostumbrados a que los gobernantes digan que van a construir entre todos, que se pueden equivocar y que en ese caso darán marcha atrás. Porque antes todo andaba mal pero se decía que estaba bárbaro. Quienes trabajamos en Salud Pública sabemos que no había cómo atender a la gente y no existía medicación, pero si uno preguntaba a los Ministros de Salud Pública decían que estaba todo bien, aunque todos sabíamos que todo estaba mal. Entonces hay que decir lo que se sabe y lo que no se sabe, lo que se puede hacer ahora y lo que se deberá conversar. Nosotros tenemos un compromiso de trabajo con todo el mundo -con ustedes, con los médicos, con la Federación de Funcionarios y con los usuarios- para la construcción de un sistema más justo, equitativo y racional que el que existe hoy.

¿Qué papel juega la farmacia allí? Ustedes deberían tener un proyecto que dijera el papel que pueden jugar y que consideran que les está reservado en este sistema que está armado, para participar en la discusión. El sistema de salud se va a terminar discutiendo a través de una ley a nivel del Parlamento, por lo que van a estar invitados a participar. Si el pecado es no tener un proyecto totalmente armado que sea nuestro y de nadie más, debemos reconocer que hemos cometido ese pecado en el entendido de que las políticas de Estado no se crean por las mayorías que tiene un partido durante un período legislativo en el Gobierno, sino con amplia base de consenso. Estoy convencido de que habrá blancos, colorados y nuevoespacistas que estarán de acuerdo en algunos aspectos y en desacuerdo en otros y, entre todos, construiremos un sistema que perdure.

Este mensaje es para ustedes pero también para los compañeros. Algún día vamos a empezar a tenernos confianza, a darnos cuenta de que aquí queremos discutir en serio estos temas y reconoceremos que en esto no hay réditos políticos para sacar; todo lo contrario; si no, fíjense cómo les va a los Ministros de Salud Pública.

SEÑOR DA SILVEIRA.- Quiero hacer una pequeña consideración acerca de la discusión político partidaria que se planteó. No es función de las gremiales plantear posiciones político partidarias pero sí tomar posiciones políticas en sí mismas. Creo que, con matices, todos los Diputados han apreciado el quid de la cuestión. La sensación de las farmacias es de incertidumbre, más allá de que se deba a que el proyecto está en construcción o a que haya cierto grado de incertidumbre. No es esa la discusión que pesa en nosotros, pero sí encontramos -lo decimos básicamente a los Diputados del Partido de Gobierno- que la posición del Poder Ejecutivo es como la de una oreja sorda. El Diputado Gallo Imperiale puede decir cuántas veces hemos ido a su despacho a decir que sentimos que encontramos una oreja que es sorda y no sentimos que ni la Mesa de Medicamentos que existió ni ninguna otra hayan logrado que se comprendiera lo que las farmacias querían plantear. Las farmacias tienen un proyecto y expresaron que por lo que se hace en el mundo son las dispensadoras universales del medicamento. Entonces, si concordamos con eso, discutamos cómo. Pero si no tenemos una base de la cual partir y si no está establecido que las farmacias serán las dispensadoras, no tenemos cómo conversar porque no sabemos de qué estamos hablando.

Cada vez que comenzábamos a hablar de un tema, el Gobierno nos bajaba el tique y ahora hay otro anuncio en ese sentido para enero. Nosotros no podemos estar sustentando mostradores tratando de encontrar estrategias comerciales de supervivencia y, a la vez, discutiendo proyectos de inserción política; no tenemos capacidad para ello y quienes se encuentran hoy aquí deberían estar detrás de sus mostradores atendiendo a sus pacientes. Quiero dejar claro que queremos llamarnos a silencio y volver a nuestro lugar; no queremos estar golpeando vuestras puertas a cada rato. Esta ha sido la caja de resonancia en la que mejor se nos ha escuchado e interpretado. Reitero que el Ejecutivo, a través de las autoridades del Ministerio, nos ha recibido pero no ha escuchado nuestro mensaje. Esa es la sensación que tenemos hasta el día de hoy.

SEÑOR GADEA.- Se nos preguntaba si teníamos un proyecto relativo a la distribución de medicamentos y podemos decir que no lo tenemos porque entendemos que no nos corresponde elaborarlo. Sí creemos que somos el canal lógico de distribución de medicamentos y en base a ello queremos que se elabore un proyecto.

Hasta ahora, el único mensaje que hemos tenido del Ministerio de Salud Pública es la intimación a entregar en forma totalmente gratuita los medicamentos recetados por esta Cartera. Es decir que todo el presupuesto corre por nuestra cuenta. Creemos que se acordaron de nosotros de una manera que no es la que corresponde. Se debería haber sido más equitativo; se debería haber pensado que la distribución del medicamento es nuestra y en esa dirección tendrían que enfocarse las ideas y proyectos.

Ya dijimos todo lo que queríamos decir y pedimos todo lo que teníamos que pedir.

SEÑOR CASAS.- ¿En alguna charla les han dicho que las mutualistas pueden dejar de expender medicamentos y que esa actividad quedaría exclusivamente en el ámbito de las farmacias?

SEÑOR DA SILVEIRA.- Eso fue lo que solicitamos como posición del Poder Ejecutivo. Queremos ser los agentes dispensadores; inclusive, como medida compensatoria ofrecíamos que la distribución que correspondiera al Estado se hiciera en forma gratuita. Pero eso no fue considerado en ningún momento.

Ya lo dije en la exposición pero voy a reiterarlo: es difícil lograr algo en la Mesa del Medicamento cuando la persona que representa al Ministerio de Salud Pública es funcionaria de la segunda mayor mutualista del país y no tiene ninguna relación funcional con esta Cartera. Desde el arranque estábamos en una situación absolutamente desigual; el señor Diputado Gallo Imperiale lo sabe porque se lo manifestamos en su momento.

Esa persona no está más desarrollando esta actividad; ahora está el doctor Basso. La Mesa del Medicamento se reunió una sola vez con el doctor Basso; luego murió definitivamente.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social les agradece mucho vuestra visita.

(Se retira de Sala la Asociación de Farmacias del Interior)

(Ingresa a Sala una delegación del Plenario de Sociedades Científicas)

——La Comisión tiene el agrado de recibir al Plenario de Sociedades Científicas, integrado por la Sociedad de Anestesia del Uruguay, la Sociedad Uruguaya de Cirugía Pediátrica, la Sociedad de Cirugía del Uruguay, la Sociedad Uruguaya de Neonatología y Pediatría Intensiva, la Sociedad de Emergencia Pediátrica, la Sociedad de Ginecología, la Sociedad de Pediatría, la Sociedad de Anestésicos Quirúrgicos, la Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva, la Sociedad de Nefrología, la Sociedad de Radiología y el Colegios de Enfermeras Universitarias.

Nos acompañan las doctoras Alicia De Armas, Graciela Fernández, Adriana Boccarato, Silvia Muñoz, María José Cancela y Estrella Echevarría; los doctores Homero Lembo, Fernando Furest, Eduardo Camejo, Martín Odriozola y Adolfo Morales y el doctor en derecho, Hugo Fernández.

Este Plenario había solicitado a esta Comisión una entrevista por aspectos relacionados al proyecto de Presupuesto Nacional que, como bien saben, se está dilucidando en estos días.

SEÑORA CANCELA.- Soy integrante del Plenario de Sociedades Científicas y Presidenta de la Sociedad Uruguaya de Neonatología y Pediatría Intensiva. Esta delegación está integrada por médicos de cada una de las sociedades que forman parte del Plenario.

En primer lugar, queremos agradecer muy especialmente que nos hayan recibido, porque necesitamos conversar con ustedes para exponer algunas circunstancias actuales y de los antecedentes del Plenario de Sociedades Científicas.

Hemos traído un memorando que les vamos a entregar, cuyo objetivo es poner en conocimiento de la situación de los médicos que somos contratados por la Comisión de Apoyo de Proyectos Especiales de ASSE, llamados "incentivados".

Nos interesa hacer una breve reseña histórica de los últimos años. La Comisión de Apoyo está trabajando desde 1991 hasta el 2005. Antes de 1991, 1992, la asistencia en los hospitales públicos se realizaba con carencia de recursos humanos técnicamente calificados y de recursos materiales necesarios para lograr un nivel de asistencia acorde a las necesidades de la población usuaria. Era muy frecuente que niños y recién nacidos -específicamente los que nos concierne- tuvieran dificultad para acceder a un nivel de atención adecuado, con la consiguiente elevación de la mortalidad, morbilidad y secuelas posteriores. La escasez de camas en las Unidades de Cuidados Intensivos -antes de que comenzara a trabajar la Comisión de Apoyo disponíamos de tres camas de Cuidado Intensivo Neonatal- de niños y recién nacidos en el sector público, obligaba a derivar a estos pacientes al sector privado de salud, por intermedio de la contratación de servicios. Esta situación también se repetía en la población de adultos, que en el caso de necesitar cama o unidades de nivel terciario debían contratarse servicios privados. Los costos determinados por la contratación de estos servicios a los particulares eran muy elevados. Además, la infraestructura física de los hospitales no era la más adecuada -block quirúrgico, sectores de internación, áreas de emergencia, servicios de apoyo, radiología, etcétera- lo que generaba omisiones asistenciales por esta falta de recursos.

Esto comenzó a revertirse cuando se empezó a contratar profesionales calificados en las distintas especialidades necesarias y a contar con el equipamiento adecuado de las distintas plantas físicas. La contratación de profesionales con retribuciones que tendían a equipararse con las retribuciones que por el mismo trabajo se recibían en el sector privado, fue determinante en la mejoría del nivel asistencial prestado por el Ministerio de Salud Pública. Así comenzó a funcionar un nuevo sistema de trabajo y de vinculación de profesionales con el MSP.

El tiempo demostró que esta contratación de médicos especialistas con retribuciones acordes al trabajo que realizaban redujo la mortalidad infantil y se desarrollaron áreas asistenciales que son muy calificadas, tanto a nivel nacional como regional. Estos médicos contratados en las distintas especialidades lograron elevar -además de la mejoría de la planta física y de los distintos recursos- la asistencia en algunos sectores mejor que en unidades privadas por la mejor calificación de sus técnicos y por la mejor implementación de pautas de tratamiento, etcétera. Además, mejoraron los resultados económicos de los distintos servicios, generando

menores costos para el Ministerio de Salud Pública. Esa mejor retribución no redundó en aumentos de los gastos de Salud Pública sino en mejorar sus costos. Esto llevó a que progresivamente se contrataran nuevas áreas asistenciales con el mismo sistema de trabajo. Tal fue el resultado positivo que todos deben recordar, que se generaban economías que eran repartidas regularmente en el funcionariado de Salud Pública.

También debemos recordar que conjuntamente con la contratación de médicos especialistas que se fueron incorporando progresivamente a los nuevos servicios asistenciales que se iban creando, se comenzó a percibir la contratación de personas en cargos no asistenciales -no directamente vinculados con la asistencia del paciente, para lo que fueron creados-, vinculados a sectores jerárquicos, asesores, administrativos y otros, que comenzaron a incidir en forma negativa en la gestión y en la imagen del sistema de contratación y significaron importantes e injustificadas erogaciones económicas del sistema.

La contratación de los médicos que desempeñaron tareas asistenciales se realizó a instancia del Gobierno de la época, en el año 1991, a través de las conocidas Comisiones de Apoyo de ASSE, pasando a lo largo del tiempo por distintas etapas. Al inicio de su vinculación con la Comisión de Apoyo los médicos fueron contratados como profesionales en el libre ejercicio de la profesión, facturando sus honorarios sin contar con ningún otro beneficio.

Posteriormente, dada la falta de congruencia entre la realidad y la forma de la contratación, por Decreto Nº 289/998, de 20 de octubre de 1998, los médicos especialistas pasamos a desempeñar tareas en régimen de relación de dependencia como trabajadores de la actividad privada, accediendo a los beneficios propios de los trabajadores en régimen de subordinación jurídica de la actividad privada, tales como licencia anual, licencia por enfermedad, maternidad, cobertura de accidentes y enfermedad profesional, asistencia integral, aportes jubilatorios al BPS, seguridad laboral, etcétera. En ese momento, el Ministerio de Salud Pública se hizo cargo de los aportes especiales a la seguridad social, pagando al BPS los aportes obreros y patronales correspondientes, inclusive de los cinco años anteriores a la fecha del referido decreto, ya que es del año 1998 y nosotros habíamos comenzado a trabajar en el año 1991.

Cambios en los criterios políticos condujeron a un nuevo decreto, el Nº 193/2000, de 4 de julio de 2000, por el que se dispuso volver al régimen de facturación. Esto generó un conflicto muy importante entre el Ministerio de Salud Pública y los contratados, ya que el nuevo cambio pretendía que los profesionales involucrados perdiéramos todos los derechos obtenidos por aplicación del régimen jurídico laboral.

El conflicto colectivo finalizó con la firma de un Convenio Colectivo de Trabajo el 8 de noviembre de 2000 entre Comisión de Apoyo y las Sociedades Científicas, actuando en el ámbito gremial, por el cual se mantuvieron determinados beneficios laborales, tales como ajuste por el 100% del IPC, cláusula gatillo en caso de inflación superior al 15%, licencia anual y por enfermedad justificada, y se estableció una cierta estabilidad laboral. El contrato era renovable, debía existir una justificación muy especial para no renovar el contrato y la desvinculación de uno de los profesionales de su contrato debía decidirla una Comisión integrada por el Plenario de Sociedades Científicas, el Ministerio de Salud Pública y un delegado de la Facultad de Medicina. Es decir que había una mayor dependencia que al principio, cuando se trataba estrictamente de una facturación.

Las relaciones colectivas entre las Sociedades Científicas agrupadas en el Plenario y las autoridades del Ministerio de Salud Pública y ASSE se llevaron adelante con mucho esfuerzo y con mucho conflicto. Siguiendo con el análisis histórico, en el año 2002, luego de un duro conflicto del cual participó como garante la Comisión de Salud y Asistencia Social de la Cámara de Representantes de la época -en esa oportunidad también la integraba el señor Diputado Gallo Imperiale-, se arribó a un acuerdo en el cual se establecieron las condiciones básicas que regirían las relaciones con los médicos especialistas contratados por la Comisión de Apoyo.

Nuevamente en el año 2003 el Plenario de Sociedades Científicas, conjuntamente con el Sindicato Médico del Uruguay volvió a negociar las condiciones de trabajo y ajustes salariales.

Desde el año 1999 una importante cantidad de médicos intensivistas de niños y de adultos, agrupados en la Sociedad Uruguaya de Neonatología y Pediatría Intensiva -SUNPI- y en la Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva -SUMI- respectivamente, mantenían con el Ministerio de Salud Pública, ASSE y la Comisión de Apoyo, en trámite y pendiente de resolución, un juicio laboral donde reclamaban sus derechos laborales como trabajadores dependientes, que recientemente ha llegado a su fin dando la razón a los demandantes.

La actividad laboral y gremial de los médicos especialistas contratados en el sistema descrito provocó, entre otras cosas, que se realizara una actividad gremial y sindical constante y permanente, tomando el Plenario de Sociedades Científicas la representatividad sindical de los médicos afiliados a ellas en lo que tiene que ver con los temas de la Comisión de Apoyo y de ASSE, sin perjuicio de coordinar con el Sindicato Médico del Uruguay algunas de las actividades sindicales llevadas a cabo durante todo este tiempo.

Este es un resumen de lo que ha pasado con nosotros, especialistas, y nuestra vinculación con la Comisión de Apoyo.

Con respecto a la situación en este momento podemos decir que las actuales autoridades del Ministerio de Salud Pública han establecido algunos criterios que refieren a la situación laboral de los médicos agrupados en el Plenario de Sociedades Científicas que han generado gran preocupación y disconformidad en el núcleo de profesionales involucrados.

En primer lugar, el Ministerio de Salud Pública ha negado la participación sindical directa del Plenario en la forma en que se acostumbraba, es decir, el relacionamiento habitual que tenían el Plenario junto con el Sindicato Médico en el Ministerio de Salud Pública y en las Comisiones de Apoyo. Esto surge de los Convenios Colectivos de Trabajo, firmados por el Plenario de Sociedades Científicas y los demás integrantes. La actitud del Ministerio de Salud Pública fue entablar conversaciones exclusivamente con las autoridades del SMU y de FEMI, sin considerar siquiera los antecedentes del Plenario de Sociedades Científicas como entidad gremial representativa de los médicos especialistas contratados a través de las Comisiones de Apoyo.

En este sentido, se cursó nota a las autoridades del Ministerio de Salud Pública expresando la voluntad del Plenario de participar con una delegación propia y conjuntamente con el SMU y FEMI en todas las instancias que refieran al tema laboral y presupuestal del sector. En todos los casos, la respuesta fue negativa, a pesar de lo cual seguimos buscando la forma de acceder a las instancias de negociación en defensa de los derechos de los médicos especialistas. Por eso expreso nuevamente el agradecimiento por habernos recibido.

El Plenario de Sociedades Científicas, reunido en Asamblea, el 27 de julio de 2005 resolvió: "Mantener la identidad y representatividad propia y exigir la participación en todas las instancias de diálogo y negociación con las autoridades del MSP, cualquiera sea el ámbito o nivel en el que las mismas se produzcan".

Nuestra preocupación se acrecienta cuando se nos dice por parte de las autoridades del Ministerio de Salud Pública, a través del Sindicato Médico, que la regularización de las relaciones laborales como trabajadores dependientes del Ministerio conllevaría la rebaja salarial del líquido actual, situación derivada de los descuentos para los aportes al BPS y que existiría incompatibilidad de cargos públicos de los médicos que trabajamos en la Comisión de Apoyo, tanto intraministeriales como con otros organismos públicos, en tanto pasemos a ser presupuestados. Esto implica la pérdida de fuentes laborales -muchos de nosotros tenemos contrato con la Comisión de Apoyo y en otros cargos de más de diez años- para muchos médicos que tienen en su empleo en el Ministerio de Salud Pública su principal o única fuente de ingresos. Se ha llegado a sostener por parte del Ministerio de Salud Pública que para solucionar el paupérrimo nivel salarial de otros colegas de Salud Pública se debería recortar ingresos de los médicos especialistas y redistribuir entre los que no lo son o ganan menos.

La situación que se ha generado a partir de los argumentos y consideraciones vertidas por las actuales autoridades del Ministerio de Salud Pública constituyen una violación de los derechos laborales básicos de los médicos representados por las Sociedades Científicas que en el marco de su especialidad se han abocado desde hace varios años a la defensa de los intereses colectivos de sus afiliados.

La regularización de los médicos como dependientes de quién es verdaderamente su empleador -ya fue demostrado en el juicio al que hacíamos referencia- no puede aparejar una rebaja salarial o de fuentes de trabajo al hacer optar por uno de los cargos, ni aun a la pérdida del más marginal beneficio laboral generado por la aplicación del derecho.

Por todo ello es que el Plenario de Sociedades Científicas plantea, en primer lugar, participar con el SMU en todas las instancias de diálogo y negociación referidas a la Comisión de Apoyo-ASSE/MSP con las autoridades, cualquiera sea el ámbito o el nivel en el que estas se produzcan.

En segundo término, propone la aplicación del Convenio Colectivo de Trabajo vigente entre la Comisión de Apoyo, ASSE/MSP y el Plenario de Sociedades Científicas, junto con el SMU.

En tercer lugar, plantea la regularización de las relaciones de trabajo -llamada "salarización"- de los profesionales vinculados a la Comisión de Apoyo de ASSE sin pérdida salarial, con titularidad de los cargos y sin pérdidas de fuentes de trabajo directamente relacionadas a los servicios de salud, por ejemplo, doble cargo asistencial en MSP u otros organismos públicos. Se deberán instrumentar las soluciones legales antes las eventuales incompatibilidades que surjan de la "salarización".

En cuarto término, propone que la transición del modo actual de contratación al de relación laboral dependiente con el Estado deberá extenderse el tiempo necesario para incluir a todos los profesionales en su conjunto, no importando si esta solución transitoria se prolonga más tiempo del esperado.

En quinto lugar, plantea mantener las retribuciones en los valores líquidos vigentes más los aumentos correspondientes que han sido convenidos. Los aportes personales al BPS no deberán implicar disminución de las retribuciones a los funcionarios. Se rechaza la imposición de topes salariales y se plantea instrumentar a largo plazo la equiparación salarial entre el sector público y el privado.

Por último, en sexto término, se plantea reordenar los servicios, escalafones funcionales, ingresos y ascensos por concurso, generando la progresiva corrección de las diferencias salariales entre especialidades, respetando el principio de a igual función, igual remuneración.

Queremos aclarar -si bien ya lo mencionó el señor Presidente de la Comisión- que estamos presentes integrantes del Plenario de la Sociedad Científica, representando a la mayoría de las Sociedades en el momento actual, y que estamos acompañados por nuestro asesor legal.

Hacemos entrega de un memorándum que contiene lo que acabamos de plantear y quedamos a las órdenes de los integrantes de la Comisión para contestar las preguntas y dudas que puedan haber surgido.

SEÑOR VEGA LLANES.- Por razones obvias, conozco de cerca este tema, pero hay algunos aspectos que me gustaría precisar. Creo que la realidad es más compleja que lo que aquí se ha expresado, porque conozco mucha gente que trabaja y no existe. También sé que en el interior se paga mucho menos que en Montevideo. Este es un tema que hay que analizar mucho para encontrar una solución válida y hasta ahí estamos de acuerdo. Sin embargo, no me queda muy claro si el pedido concreto es que se mantengan dos cargos públicos.

SEÑORA CANCELA.- El pedido concreto es que se analice la forma de regularizar a todos los médicos vinculados con la Comisión de Apoyo de ASSE, que trabajan en la asistencia directa del paciente, de forma que eso no implique reducciones laborales ni de horas.

SEÑOR VEGA LLANES.- Pero si se tiene un cargo en el BPS y otro en Salud Pública, ¿se mantienen los dos?

SEÑORA CANCELA.- Esa es una situación que se dio de hecho, sin haber sido solicitada por los médicos.

SEÑOR VEGA LLANES.- Yo estoy preguntando si entendí bien y es así.

SEÑORA CANCELA.- Sí; eso puede suceder. Inclusive, a través del Ministerio se nos planteó algún tipo de situación legal en la que se puedan superponer los cargos. Por ejemplo, una de las propuestas que se dio en una de las reuniones con el economista Olesker fue la de intentar declarar al hospital como universitario para que se puedan superponer cargos públicos. Nosotros no pedimos mantener muchos cargos públicos. Aquí hay una situación de hecho, por la que muchos médicos trabajan en Salud Pública y complementan su salario con el incentivo; hay médicos que trabajan en dos lugares públicos y en dos unidades ejecutoras diferentes. Es más: para algunos concursos era imprescindible ser funcionario de Salud Pública. Todos entendemos que eso fue mal gestado, pero no puede ser que la

regularización vaya en desmedro de los médicos que estamos trabajando en esta situación desde hace diez o doce años y que hemos optado por mantener el trabajo a nivel del cargo público.

SEÑORA FERNÁNDEZ.- Soy médica intensivista de adultos.

Quisiera hacer dos consideraciones con respecto a lo que planteaba el señor Diputado Vega Llanes. Aquellos cargos que son de alguien y no se ejercen no están dentro de lo que venimos a solicitar. De ninguna manera estamos reivindicando esas situaciones que entendemos que deben ser consideradas con todo el peso de la ley en el más vasto sentido de la expresión.

La doctora Cancela se adelantó a lo que iba a decir en cuanto a la acumulación. A lo largo de estos años no solo el sistema permitió que se funcionara de esta manera sino que, de alguna manera, lo incentivó porque -como también se dijo-, en algunos casos, para presentarse a los llamados había que formar parte del Ministerio de Salud Pública. De esa manera, el sistema incentivó que se mantuvieran dos trabajos en la misma administración. Por números que nos han dado integrantes del Ministerio sabemos que más de ochocientos médicos que forman parte de las Comisiones de Apoyo están en esa situación. Es decir que un individuo puede tener un cargo en el Ministerio de Salud Pública, recibir un incentivo y, a la vez, trabajar en una ambulancia de Salud Pública pagada por la Comisión de Apoyo. En ese caso hay dos cargos que, además, alguien tiene que seguir desempeñando, por lo que sacarle un cargo a esa persona no va a representar un ahorro para el sistema. Pienso que deberá buscarse una solución alternativa porque estamos hablando de mucha gente que accedió a esos cargos en forma absolutamente legítima y que, además, cumple con el trabajo. Entonces, una de las cosas que venimos a pedir es que todos seamos creativos y pensemos alguna forma de solucionar este problema, porque es mucha la gente que está involucrada y no tiene porqué pagar por una situación que no pidió, sino que se ha dado así a lo largo de los últimos años.

En cuanto a que los médicos del interior ganan menos debo decir que es así. Hay Comisiones de Apoyo Locales que realmente pagan muy poco dinero a los médicos. Además, puede existir un cargo de retén que se reparta entre varios médicos para poder cubrir la asistencia, etcétera. De alguna manera la Federación Médica del Interior es la que ha manejado estas situaciones y llevado adelante toda la actividad laboral de los médicos del interior. No trajimos ese tema a colación en este momento porque está siendo manejado en otro ámbito.

SEÑOR CAMEJO.- Soy integrante de la Sociedad de Anestesiología del Uruguay.

Creo que lo que aquí debemos resaltar, además de nuestros planteamientos, es la situación del paciente. En estos años los médicos de Salud Pública se han podido capacitar y han manejado tecnología que antes no se manejaba. Como hemos venido diciendo a lo largo de los años, esto hizo que el usuario de Salud Pública -que es la mitad de la población del Uruguay o más- se haya visto beneficiado, fundamentalmente, por los especialistas y técnicos que trabajamos allí. Más allá de que se trate de un cargo o dos, o de determinado dinero, creo que se debe resaltar que desde que se crearon estas Comisiones han ahorrado al país muchos millones de dólares. Además, esto ha repercutido en los indicadores de Salud Pública, que han demostrado la mejoría en la atención del usuario, y en que los técnicos que allí trabajan se han capacitado. Creo que esta es una fortaleza que ha tenido el sistema.

Todos hemos venido a esta Comisión en otras oportunidades a denunciar que no se han hecho determinadas cosas y a decir que pedíamos participar en diferentes niveles, tal como ahora solicitamos participar en las diferentes Comisiones para aportar nuestra experiencia de trabajo de todos estos años en Salud Pública. No debemos olvidar que si se modifican especialidades, aunque impliquen un cargo y determinadas horas, el que se va a ver afectado será el usuario de Salud Pública, que va a quedar desprotegido y no se le va a poder dar asistencia correcta; eso sucede en más de una especialidad.

En definitiva, apuntamos a seguir manteniendo un sistema de asistencia de calidad y participando a fin de opinar y de aportar nuestra experiencia al sistema de salud.

SEÑOR PRESIDENTE.- Los invitados plantearon su disconformidad con algunos criterios como, por ejemplo, la negación de la participación, que ya era costumbre. Mi pregunta es si han insistido en ese sentido y si consideran que la puerta del Ministerio esta definitivamente cerrada.

A la vez quisiera saber qué tipo de relacionamiento han mantenido con el Sindicato Médico del Uruguay y con la FEMI a raíz de este tema, esto es, si lo han discutido con ellos, si se sienten representados, si les han planteado estos asuntos para que ellos los trasladen, o si no lo han hecho porque no participan de la Mesa.

SEÑOR ODRIOZOLA.- Pertenezco a la Sociedad de Cirugía.

Voy a referirme a lo que era la práctica habitual de nuestra participación en las instancias de negociaciones con las respectivas Comisiones de Apoyo y lo que es ahora. Previamente, este plenario fue reconocido de hecho y participó en instancias de negociación en situaciones conflictivas, como las que mencionaba la doctora Cancela en su informe. De hecho, hemos suscrito el convenio marco y los respectivos contratos y renovaciones de contratos. En esas instancias se nos convocaba para participar y nuestros planteamientos siempre trataron de trascender lo que tenía que ver estrictamente con la defensa de nuestros derechos como trabajadores. Procuramos ir más allá, en contra de los desvíos de las Comisiones de Apoyo en su evolución, señalando los excesos que se estaban cometiendo, que iban en contra de la gestión y de los recursos a distribuir. Además, hicimos planteamientos creativos -algunas sociedades los realizamos más que otras- en cuanto al desarrollo de áreas asistenciales, con propuestas organizativas de servicios.

En esta instancia hubo una etapa inicial en la cual las autoridades del Ministerio reconocieron como únicos interlocutores válidos al SMU y a la FEMI y, por lo tanto, no estábamos incluidos. Hicimos gestiones ante Comisiones de Apoyo, ASSE y el Ministerio y no fuimos citados por esa vía pero, finalmente, fuimos incluidos en las delegaciones del Sindicato Médico del Uruguay y hemos participado en todas las instancias de negociación que este tuvo con el Ministerio en los últimos meses. La relación con el Sindicato es un poco difícil de explicar por una historia bastante larga y porque nuestra composición es heterogénea, pero la inmensa mayoría de nosotros somos socios, participamos en distintas actividades de esa organización y estamos incluidos en uno de los puntos de su plataforma cuando se dice que vela por el mantenimiento de los beneficios actuales de los médicos incentivados. Además, habíamos tenido participación en la reunión con el Ministerio, luego fuimos llamados por el Ejecutivo para conversar estos temas y creemos que en estas instancias de negociación que se abren vamos a tener cabida. De todas maneras, entendemos que debemos contar con una representación directa. No es que nos sintamos mal representados pero, de alguna manera, somos quienes directamente sabemos cómo se da el problema. Hasta ahora hemos podido trabajar juntos con el Sindicato Médico del Uruguay y la FEMI. Creemos que tanto el Sindicato Médico como el Ministerio consideran que debemos estar, tenemos entendido que vamos a ser llamados a participar en esas reuniones y consideramos que eso surge de un reconocimiento de la realidad en cuanto a que somos los que en este momento conocemos más la realidad y sabemos qué nos afecta y qué no.

Quisiera plantear que antes de toda esta situación teníamos una identidad con muchos de los aspectos que plantea actualmente el Ministerio, en el sentido de regularizar determinados asuntos. El tema es que esa regularización tiene que ser medida para que no afecte nuestros intereses, porque nosotros no pedimos nada en cuanto a las condiciones con que se prevea esto, ni solicitamos su regularización. Creemos que lo que hay que hacer es respetar los derechos de quienes están involucrados y han generado un derecho, lo que ha sido reconocido legalmente. En ese sentido, nuestro planteamiento es el de evitar las consecuencias secundarias indeseables de esta etapa de salarización, que son la reducción del salario y la situación general de incompatibilidad que antes no existía. En esas reuniones en las que pudimos participar con las autoridades ministeriales, el economista Olesker planteaba que podía haber una flexibilización para resolver las incompatibilidades con cargos extraministeriales; se hablaba, por ejemplo, del Ministerio, del BPS, etcétera. Ellos lo proponían en esos términos.

A nuestro juicio, para ese tema puntual puede ser una alternativa válida que se generen situaciones legales que permitan, como excepción, la acumulación de cargos por la vía de considerarlos docentes porque, si bien no lo son formalmente, de hecho, lo son. Lo digo porque a nuestro cargo están los técnicos, los estudiantes y los residentes en cada una de las especialidades. La idea es que por esa vía se pueda buscar, como forma excepcional y a término -mientras esté el cargo, no para siempre- una compatibilización de esas acumulaciones, de forma de que el proceso no sea traumático. Además, los casos no son muchos, y esta sería una forma armónica de llevar adelante todo el sistema, haciendo concordar los intereses del Ministerio, de las autoridades del Sindicato Médico y los nuestros.

Retomo algo que se dijo hace un rato: este es un tema que hay que considerar mucho. Estamos de acuerdo con eso: desde principio de año estamos analizándolo y buscando vías de participación y de salida. El

problema es que considerarlo mucho insume su tiempo y nuestros contratos vencen en noviembre. Además, los anuncios iniciales eran que en noviembre se corregirían los contratos, pero comentarios de hace un par de días revelan que eso se haría mediante un contrato puente hasta marzo, y no sabemos si en marzo serán corregidos nuevamente. Queremos considerar el asunto a fondo para encontrar soluciones adecuadas, porque con el apuro pueden cometerse errores que resulten perjudiciales para nosotros o para el sistema.

SEÑOR LEMBO.- Soy integrante de la Sociedad de Cirugía Pediátrica.

Como decía el señor Diputado Vega Llanes, nuestro problema es mucho más grave de lo que parece, porque a corto o mediano plazo puede darse alguna situación en la que no se admita el doble cargo público y en algunas especialidades podría haber servicios públicos que quedaran descubiertos por falta de personal. Lo digo porque hay algunas sociedades con muy pocos integrantes médicos que trabajan en varias instituciones públicas y privadas. Si se estableciera con rigidez que no se pueden tener dos cargos públicos, algún servicio podría quedar descubierto.

Por eso digo que el problema es mucho más complejo de lo que se piensa; no se trata solo de decir que no se podrá tener más de uno o dos cargos públicos o que habrá incompatibilidad entre cargos en el BPS, en el Hospital Militar, en el Hospital Policial, en la Facultad y Salud Pública. Esto merece una discusión y un análisis mucho más profundos.

SEÑOR FUREST.- Soy integrante de la Sociedad de Anestesiología del Uruguay.

Voy a hacer algunas precisiones. Para quitar la falsa impresión de que aquí se están defendiendo dos o tres cargos, hay que recordar que nosotros solo estamos contratados por la Comisión de Apoyo de ASSE; nuestra única vinculación laboral es con la Comisión. O sea que nuestro único cargo es el que tenemos con la Comisión; somos empleados de la Comisión de Apoyo. Ese es nuestro único cargo.

Desde el punto de vista asistencial, a través de esa relación laboral, en algunas especialidades hay que asistir a los usuarios en uno, dos o más hospitales. Me interesa que no quede la impresión de que tenemos dos o más cargos; simplemente, algunos especialistas desarrollamos nuestra actividad en dos o más hospitales porque así lo exige la asistencia, pero no tenemos más que un cargo.

Reitero que el único cargo que tenemos es el de la Comisión de Apoyo de ASSE. Como han dicho algunos compañeros y algunos señores Diputados, seguramente en el momento en que se discuta este tema habrá que estudiar muy bien estos aspectos, porque podrían generarse vacíos asistenciales importantes, y nosotros no queremos que pase eso.

¿Cuál ha sido la actitud del Plenario? La actitud ha sido siempre de participación y de construcción. Pero esa construcción viene otorgando terreno ya desde 2000. Cuando empezó a vislumbrarse una situación financiera muy complicada para el país, en las negociaciones que tuvimos con el Ministerio -de las que participó la Comisión de Apoyo- fuimos cediendo un importantísimo terreno, lo que significó que desde el año 2000 prácticamente no haya habido aumentos salariales. Eso lo hicimos con mucho respeto y sabiendo lo que estaba pasando en el país. Nosotros podríamos estar planteando aquí, no solo la reivindicación de lo que nos parece que nos corresponde sino también de lo que nos correspondería por lo que perdimos, pero no lo hacemos.

Hay cosas que son lógicas. No podemos perder lo que percibimos diariamente, lo que entra a nuestro bolsillo, porque vivimos de eso; es el líquido que entra a nuestro bolsillo. Habrá que buscar alguna forma legal, algún tipo de acuerdo interministerial que nos permita mantener lo que entra a nuestro bolsillo y nos permite vivir. Disculpen la franqueza y la forma tan criolla de hablar, pero se trata de aquello de lo que vive un trabajador, de lo que entra a su bolsillo.

Obviamente, la relación que hemos tenido con el Ministerio y con el Sindicato Médico ha tenido altibajos. Pretendemos que siga siendo lo más firme posible y que escuchen una voz que nosotros mantenemos en alto para construir. Un ejemplo de construcción es el hecho de que en nuestra Sociedad hayamos exigido el título de especialista para trabajar en Salud Pública. No lo digo con afán de protagonismo sino porque eso no se venía haciendo. Este es un ejemplo de cómo hemos tratado de construir.

Otro ejemplo es que, en su momento, solicitamos participar en los distintos niveles de gestión del Ministerio, inclusive en las discusiones de compras de insumos, no por la incidencia en sí sino porque queríamos construir de verdad. Esa es nuestra posición.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Venimos siguiendo con mucha atención el problema vinculado con los cargos incentivados en Salud Pública por las Comisiones de Apoyo. Es un tema que a muchos de nosotros, que estamos de este lado, por razones obvias, no nos es desconocido.

Esta situación ha tenido un largo proceso que -como bien decía la doctora Cancela- comenzó por 1991; ya lleva catorce años. El proceso ha pasado por diferentes etapas. Inicialmente, esto fue una solución a la que el Estado, que estaba omiso, tuvo que recurrir para empezar a dar una respuesta asistencial adecuada. Se echó mano entonces al mecanismo de incentivar a los médicos porque, evidentemente, los técnicos de Salud Pública no estaban en condiciones de competir con los de la actividad privada. En principio, todos estuvimos de acuerdo con que se recurriera a este mecanismo, porque daba la posibilidad de aumentar el nivel asistencial de aquellos técnicos que estaban en contacto directo con el paciente; de este modo, podían empezar a dar respuestas.

Las especialidades de emergencia básica fueron las que se pusieron en marcha primero y el mecanismo empezó a dar sus frutos: no solo mejoró el nivel asistencial sino también la eficiencia y la eficacia de los servicios. Pero el régimen se pervirtió. Esa es la verdad; todos lo sabemos. En realidad, lo pervirtió la Administración, en primer lugar, porque no le dio un sólido estado civil; fue dando vueltas con todos los inconvenientes que ello supone. En segundo término, lo pervirtió porque a través de las Comisiones de Apoyo se empezaron a utilizar los recursos -que eran muchos- no precisamente para la asistencia directa del paciente. Por eso el sistema se desvirtuó y fue perdiendo jerarquía.

Reitero que este proceso tuvo etapas. La primera se extendió hasta el conflicto en el que, desde la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, intentamos dar una mano para solucionar un problema que en aquel momento era, fundamentalmente, salarial. Después vino otra etapa que duró hasta ahora, cuando empieza una tercera instancia que es completamente diferente, porque está inmersa en lo que se está proponiendo, que es un cambio para sustentar el sistema nacional de salud, que tendrá una nueva forma de financiamiento. Los problemas que se plantean ahora son absolutamente diferentes. Lo que hay que ver es cómo se incorporan al sistema este y otros sectores sin perder los derechos adquiridos; eso es lo que están reclamando.

Esta es la realidad; cuando ustedes hablan de "salarización" sin pérdida de salario, de titularidad, de no perder fuentes laborales y de solución del problema de la incompatibilidad, están refiriéndose a las condiciones con las que tienen que insertarse. Desde nuestro punto de vista, allí empieza la negociación. No va a haber ningún sistema ni seguro si no empezamos a construir -los compañeros saben que no quiero politizar el tema-, y esa construcción se hace entre todos.

Este es un tema que está sobre la mesa. Ustedes están pidiendo representatividad y yo estoy de acuerdo con que lo hagan. Deben tener representatividad en ámbito en el que se está cocinando el tema, dicho esto en el buen sentido. Hasta ahora, siempre me he preguntado si consideran que están representados por el Sindicato Médico del Uruguay o por la FEMI. Si no es así, evidentemente, nadie puede negociar por ustedes, que son los médicos incentivados de la Comisión de Apoyo. Me parece que ustedes -es una opinión muy personal que voy a defender- constituyen un núcleo muy importante de gente directamente involucrada que debe tener representatividad. Creo que alguien mencionó -yo ya lo había oído- que los van a incluir en la mesa de negociación, y me parece bien porque, en definitiva, empezamos a resolver un problema. No podemos resolver sus problemas si ustedes no están sentados en la mesa. En ese punto empieza la negociación.

Este problema tiene aspectos particulares que no son fáciles de resolver, porque ustedes son empleados privados. La idea es que ustedes pasen a ser funcionarios públicos; así de simple: funcionarios públicos. Cuando hablamos de "salarización" nos referimos a pasarlos al presupuesto de Salud Pública. Esa es una idea que, personalmente, comparto -lo digo con total sinceridad- porque creo que a este invento de la Comisión de Apoyo hay que buscarle una solución definitiva. En su momento, fue una salida, pero los hechos han demostrado que ha creado muchas dificultades.

Hay un grupo de personas con derechos adquiridos que deben pasar a ser funcionarios del sistema, pero deben ingresar con determinadas condiciones. Eso es lo que hay que empezar a negociar. Hablamos de

condiciones de salario, de estabilidad, etcétera. Es un tema difícil, pero no imposible. No es fácil porque se trata de una circunstancia muy especial, pero creo que hay soluciones a contemplar.

Estamos en una instancia en la que estos cambios en materia de salud están empezando a realizarse; lo vamos a construir entre todos pero el proceso tiene que ser irreversible. Acá todos somos médicos y sabemos que desde las Convenciones de Médicos de 1939 a la fecha se ha apuntado a los cambios de salud, en el sentido que nos dirigimos. Pero las circunstancias son diferentes: el escenario actual no es el mismo que el de hace veinte años. Tenemos otras realidades, entre otras la que están planteando ustedes.

La función de esta Comisión de Salud es escuchar, hacer gestiones que, en este caso, creo que es hablar con las autoridades del Ministerio -si es que así lo acordamos luego-, solicitando que los integren a la mesa. Además debemos seguir con atención -como lo vamos a hacer- todo el proceso de implementación. Ahora tenemos una instancia parlamentaria, hay un Presupuesto en el que está incluido lo que estamos discutiendo en este momento. Sin desconocer lo que desde el punto de vista presupuestal se está estudiando, relativo a la creación de un Sistema Nacional de Salud Integrado y de un seguro, paralelamente se van construyendo cosas y al respecto muchos actores están involucrados y planteando la posibilidad de participar en una solución. Antes que ustedes recibimos a una delegación de la Sociedad de Farmacias, que desde su óptica planteaban cómo se iban a incorporar a esto.

Este es el camino que comenzamos a transitar. Desde esta Comisión de Salud les escuchamos y estamos a la orden, como siempre, siguiendo con mucha atención el proceso.

SEÑOR PRESIDENTE.- Vamos a estudiar el memorando que han entregado. Creemos que es un tema que conocemos bastante, pero vamos a profundizarlo porque en el cúmulo de información que venimos recibiendo se pudo haber filtrado algo.

En el planteo que hicieron hubo algunas expresiones respecto a que no tenían un conocimiento total de la situación.

Es bueno que sepan -es una información que se ha manejado- que se ha hablado de rebajas salariales. No es mi opinión, pero se dijo que va a haber rebajas salariales porque hay un equis número de funcionarios que acumulan muchos cargos y que se sobrepasan en los topes determinados. No digo que esto sea bueno o malo -ustedes saben muy bien que no represento al Gobierno-: estoy trasmitiendo información sobre lo que ha ocurrido. Lo digo porque ustedes plantean dudas y creo que algunas hay que sacárselas.

Coincido totalmente con el señor Diputado Gallo Imperiale en el sentido de que la intención que tenemos todos los actores políticos de este país, de los diversos partidos, es que aquí debemos ir hacia una política de Estado de salud en la cual los partidos, los estratos sociales, las diferentes esferas de actuación, los servicios de salud, van a sufrir un corte transversal. Lo único seguro es que si no se concuerda con todos, va a ser muy difícil avanzar.

El viernes con el señor Diputado Gallo Imperiale asistimos a un Congreso y conversábamos acerca de que lo único seguro es que si no hay certidumbre de lo que va a ocurrir va a haber oposición al cambio. Es lo que ocurre con cualquier cambio, porque los cambios en los procesos sociales comienzan cuando se anuncian. Como se vienen anunciando desde hace tiempo, puede surgir oposición antes de que esos cambios comiencen a concretarse. Los Diputados del Partido de Gobierno explican que esto es un proceso y yo lo comprendo. Si me hubiera tocado impulsarlo también lo hubiera explicado de ese modo. El problema es que hay muchos anuncios sobre cómo se van a implementar los cambios y por eso todos debemos participar. En ese sentido, considero que la Comisión avalará totalmente la participación de nuestros invitados en cualquier tipo de negociación.

Hay algunas cosas que se han anunciado y ustedes no tienen por qué saberlo. Habitualmente leerán los diarios pero no las versiones taquigráficas, que son dos cosas diferentes. Por supuesto, hay gente muy informada y algunos de ustedes se preocupan de estarlo, pero es muy difícil.

Se ha anunciado que habrá rebaja salarial, incompatibilidad, aunque no sé si tiene que ser así. Las discusiones políticas las damos en el ámbito político no con ustedes. No es algo sobre lo que tenga que opinar ahora, pero el concepto de incompatibilidad se aplicará.

Como hay médicos que ganan menos y no hay posibilidad de rascar la lata para arreglarlo por otra vía, uno de los mecanismos de compensación es precisamente hacer ciertos cálculos en la "salarización", en función de los cuales algunos pierdan y otros ganen. Todo esto se ha manifestado aquí. Por supuesto, como colegas que somos, nos da pena que no estén sentados alrededor de una mesa discutiendo estos temas como tendrían que haber hecho desde hace meses. Esto es absolutamente claro.

Respecto al convenio colectivo vigente, quisiera saber si en este momento están participando en alguna negociación.

SEÑORA FERNÁNDEZ.- Concurrimos a reuniones con el Ministerio, el Sindicato Médico y la FEMI y se había planteado que el proceso de "salarización" sería analizado sectorialmente, etcétera, y que íbamos a seguir concurriendo con esa delegación en esa instancia. Luego surgió el conflicto de Salud Pública de los médicos no incentivados, de los que trabajan solo en el Ministerio de Salud Pública y todas aquellas instancias se interrumpieron. Se anunció una nueva reunión para la próxima semana y descontamos que vamos a asistir. Recién empezaremos a hablar concretamente de todo el proceso de "salarización" y de lo que va a implicar.

SEÑOR ODRIOZOLA.- La pregunta que hizo el señor Presidente, ¿ era respecto a si estamos negociando este tema o por los convenios colectivos?

SEÑOR PRESIDENTE.- Apuntaba a saber si había algunas conversaciones respecto a los convenios colectivos.

SEÑOR ODRIOZOLA.- Como hoy estamos en la esfera privada y no hemos sido salarizados, había quienes interpretaban que nos tenían que corresponder los laudos de los convenios colectivos también. Al estar afectados por esa indefinición funcional, estamos ajenos a los beneficios que surjan de todos lados. Pero estamos abocados a la resolución de este tema por la vía de la "salarización" planteada, sin secuelas, con mesura y con orden.

Respecto a lo que decía el señor Presidente en cuanto a que están anunciado los descuentos e incompatibilidades, nuestra aspiración es negociar para revertir ese punto de vista por los motivos que ya expusimos. No creo que se trate de una defensa corporativa a ultranza sino una razón de hecho que hemos expresado.

El señor Diputado Gallo Imperiale manifestó que esto es parte de una reforma del sistema asistencial en la que ASSE operará como prestador público de salud. Para que eso funcione así debe promoverse que los servicios sean competitivos con los que dan los prestadores de salud privados. De alguna manera, los servicios especializados que hoy compiten son los que, aun salarialmente atrás de los privados -ya se ha hecho un escalón y nos estamos acercando-, en algunos casos muy puntuales hasta venden servicios y una de las metas que propone el Ejecutivo ahora en cuanto a definir un valor hora, ya la tenemos definida. Será mejorable, corregible, pero ese camino ya está hecho

Hay una cantidad de desventajas y de ventajas pero la cuestión es armonizarlas. A partir de una buena negociación se puede salir hacia la coincidencia de intereses y una evolución favorable o a una situación conflictiva no deseada. Nuestra intención es participar con fuerza y ser escuchados para poder sacar el mejor provecho para todos.

SEÑOR FERNÁNDEZ.- Me ha habría gustado permanecer al margen porque las conversaciones entre médicos me parecen mucho más positivas que cuando interviene un abogado, pero se ha planteado un tema que me parece importante aclarar desde una perspectiva estrictamente jurídica, que tiene que ver con la representatividad sindical.

Haré una breve reseña histórica reciente. Cuando se instaló el actual Gobierno, el Ministerio de Salud Pública convoca a conversaciones a la FEMI y al SMU. Hasta ese momento, además de esas dos entidades comparecía este Plenario. El cambio de criterio del actual Gobierno generó en el Plenario un planteo reivindicativo, tal cual se explicaba en la presentación inicial. Lo único que pudimos conseguir fue participar a través del SMU. Esto quiere decir que el Plenario participa cuando el SMU los convoca y que hay muchas

reuniones que el Plenario desconoce que existen. Además, por ende, el Plenario desconoce la mayoría del contenido de esas reuniones.

Partiendo de un concepto jurídico estricto, que es el de la autonomía de la voluntad colectiva, como criterio central de cómo se organiza un sujeto colectivo de trabajo, la conformación del Plenario no solamente tiene historia y está reconocida por la interlocución con las propias autoridades del Estado uruguayo, sino que además tiene productos jurídicos realizados a través de la participación en los convenios colectivos que ha firmado con las autoridades del Ministerio de Salud Pública en más de una oportunidad. Por lo tanto, en términos de especialidad jurídica, allí veo un aspecto crítico. El hecho de limitar la concurrencia, de plantear la representación desde la perspectiva de la autoridad y no desde la óptica de los representados sociales, me parece que es un déficit. Lo hemos planteado en innumerables ocasiones y francamente -inclusive, muy a mi pesar- no hemos encontrado la respuesta correcta o acorde al requerimiento. No pretendemos desplazar a ninguna entidad gremial que se arrogue representatividad. Lo que sí se pretende es que no se desplace al Plenario, que también invoca representatividad.

En ese sentido, diría que estamos ante una situación frágil. Así lo ha entendido el SMU -no hay ninguna duda de que es una entidad democrática- y se ha intentado hacer un "bypass" a esta situación política y jurídica. Para nosotros -lo digo desde el punto de vista técnico- no es suficiente. Creemos que la transparencia en ese sentido es un valor de negociación fundamental. Si hay aspectos para negociar -con los que todos estamos de acuerdo-, creo que se debe hacer desde el principio y no dividiendo el mapa negociador en parcelas temáticas o de decisión. Me parece que este es un aspecto que también contribuye al resultado positivo final.

Se nos ha dicho que el Plenario va a estar presente cuando se traten temas vinculados con los incentivados. Pero como bien se decía, el tema no se agota en el valor de la hora del incentivado, en la carga horaria del incentivado, ni en la cantidad de cargos que tenga un incentivado ni en los hospitales en los que trabaja. El concepto de reforma es mucho más amplio, más comprensivo y consecuentemente creo que la necesidad de participar desde el vamos en todas las discusiones, ámbitos y niveles es fundamental. Por ejemplo, el SMU se reúne con la señora Ministra de Salud Pública y el Plenario no va. El SMU se reúne con la Ministra de Salud Pública para hablar de temas vinculados con los médicos incentivados y el Plenario no va. Recién irá cuando se traten los temas concretos. ¿Cuáles son los temas concretos? La carga horaria, el valor de la hora, pero entonces, ¿la representatividad del Plenario es parcial? ¿Los antecedentes de actividad sindical del Plenario no son suficientes para demostrar de manera fehaciente y en términos democráticos que el Plenario tiene que estar en todas y en cada una de las instancias de negociación de cúpula o de trabajo de campo que sea necesario desarrollar, para mejorar y reformar el sistema? Creo que la respuesta es obvia y desde nuestro punto de vista digo que efectivamente el Plenario tiene que estar en todas las instancias, como cualquier otra entidad que tenga representatividad sindical. Hoy es el Plenario, mañana será otra representación, porque la autonomía y la democracia así lo plantean.

Decir que estamos participando es decir las cosas por la mitad. Estamos participando de un sistema frágil que está supeditado a la voluntad política de otra entidad gremial que nuclea a todos los médicos, pero que también -la historia lo demuestra- ha tenido algún tipo de encontronazos o diferencias, que es válido porque eso construye.

Me parece que es importante destacar este aspecto para que los señores Diputados nos puedan facilitar, a través de su intervención, el acceso a las autoridades del Poder Ejecutivo y a los niveles que demande el tema que estamos planteando.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- No me queda claro todavía qué relación tiene el Plenario con la Sociedad Quirúrgico Anestésica.

SEÑOR FERNÁNDEZ.- Ninguna.

SEÑOR ODRIOZOLA.- Las cuatro Sociedades aquí presentes, Anestesia, Cirugía, Ginecología y Cirugía Infantil, por su lado, integran la Mesa de Sociedades Anestésico Quirúrgicos.

Nosotros funcionamos en forma independiente y tenemos una actividad, una conducción y una idea propias, aunque muchos participamos en forma ocasional en las Mesas de Sociedades Anestésico Quirúrgicos. El plenario no es la Mesa de Sociedades Anestésico Quirúrgicos, ni el Sindicato Médico; no está enfrentado ni

es dependiente de ninguno de los dos, solo tiene puntos de contacto y puntos de disenso. Por este motivo tenemos la necesidad de estar representados propiamente.

Reitero: cuatro de las sociedades del total del Plenario -que son muchas- integran la Mesa, pero no con los mismos representantes.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- La duda que tengo es si la Sociedad Anestésico Quirúrgico también está intentando tener representatividad y, de ser así, con qué objetivos.

SEÑOR CAMEJO.- El plenario es fundamentalmente una actividad científico gremial que trata problemas de salud pública. Todas las Sociedades que integramos el Plenario estamos reunidas para tratar los temas de salud pública y nuestro pedido apunta a participar en lo que significa la acción en ese ámbito. La Mesa de Sociedades Anestésico Quirúrgico, por su lado, también está pidiendo participación, pero es otro ámbito totalmente distinto al Plenario de sociedades de salud pública. La Mesa de Sociedades Anestésico Quirúrgico está pidiendo participación en las discusiones del nuevo proyecto, pero no en los mismos puntos; cada uno de los organismos está actuando en forma separada.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero aclarar al señor Diputado Gallo Imperiales que el mes anterior, cuando él estuvo de licencia, la Comisión recibió a la Mesa de Sociedades Anestésico Quirúrgico que hizo algunos planteos puntuales que no referían exclusivamente a este tema -aunque tienen puntos de contacto-, sino a dificultades de acceso a la negociación con el Ministerio.

Agradecemos la visita y quedamos a las órdenes para intercambiar información.

Se levanta la reunión.